Đánh Giá về Giữ Gìn Sức Khỏe

(Staying Healthy Assessment)

9 – 11 Tuổi *(9 – 11 Years)*

Tên của Trẻ (tên & họ)	Ngày Sinh	☐ Nữ ☐ Nam	Hôm Nay là Ngày	Lớp Mấy ở Trường:
Người Điền Mẫu	☐ Phụ Huynh ☐ Họ Hàng ☐ Bạn Bè ☐ Người Giám Hộ ☐ Người Khác (Ghi Rõ)			Đi Học Có Thường Xuyên Không? ☐ Có ☐ Không

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi trong mẫu này một cách tốt nhất có thể. Khoanh tròn "Bỏ Qua" nếu quý vị không biết câu trả lời hoặc không muốn trả lời. Hãy đảm bảo rằng quý vị sẽ hỏi bác sỹ nếu có thắc mắc liên quan đ n bất kỳ điều gì trong mẫu này. Tất cả câu trả lời của quý vị sẽ được bảo vệ như một phần hồ sơ y tế của quý vị.

Cần Phiên Dịch? ☐ Có ☐ Không

					Clinic Use Only:
1	Con của quý vị có ăn hoặc uống 3 phần thực phẩm giàu canxi như sữa, pho mát, sữa chua, sữa đậu nành hoặc đậu phụ mỗi ngày không? *Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	Nutrition
2	Con quý vị có ăn trái cây và rau ít nhất hai lần mỗi ngày không? *Child eats fruits and vegetables at least two times per day?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
3	Con của quý vị có ăn các thực phẩm nhiều chất béo như thực phẩm chiên rán, khoai tây chiên, kem, pizza nhiều hơn một lần mỗi tuần không? *Child eats high fat foods more than once per week?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
4	Con quý vị mỗi ngày có uống nhiều hơn một cốc (8 ao-xơ.) nước hoa quả? *Child drinks more than one cup of juice per day?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
5	Con quý vị có uống nước xô-đa, nước hoa quả, đồ uống thể thao/nước tăng lực, hoặc nước uống có đ ng khác nhiều hơn một lần mỗi tuần không? *Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
6	Con quý vị có tập thể dục, chơi thể thao hầu hết các ngày trong tuần không? *Child exercises or plays sports most days of the week?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	Physical Activity
7	Quý vị có lo lắng về cân nặng của con không? *Concerned about child's weight?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
8	Con quý vị có xem TV hoặc chơi trò chơi điện tử video dưới 2 tiếng mỗi ngày không? *Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	

9	Nhà quý vị có thiết bị báo khói đang hoạt đ ng không? *Home has a working smoke detector?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	Safety
10	Nhà quý vị có số iện thoại của Trung Tâm Kiểm Soát Chất Đ c (800-222-1222) được dán gần máy điện thoại không? *Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
11	Con của quý vị có luôn dùng dây an toàn ở ghế sau (hoặc sử dụng ghế nâng nếu cao dưới 4'9") không? *Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
12	Con của quý vị có ở hay chơi gần bể bơi, sông hay hồ không? *Child spends time near a swimming pool, river, or lake?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
13	Con quý vị có ở hoặc chơi ở nhà có cất giữ súng không? *Child spends time in home where a gun is kept?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
14	Con quý vị có ở cùng hay chơi cùng bất kỳ ai có mang súng, dao hoặc vũ khí khác không? *Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
15	Con quý vị có luôn đ i mũ bảo hiểm khi đi xe đạp, trượt ván hay đi xe scooter không? *Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
16	Con quý vị ã bao giờ chứng kiến hoặc là nạn nhân của hành vi lạm dụng hay bạo lực chưa? *Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
17	Con quý vị có bị ánh hoặc có đánh người khác trong năm vừa qua không? *Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
18	Con quý vị ã bao giờ bị bắt nạt, cảm thấy không an toàn ở trường hoặc ở khu lân cận của quý vị hoặc bị bắt nạt trên internet) hay chưa? *Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
19	Con quý vị có đánh răng và làm sạch kẽ răng mỗi ngày không? *Child brushes and flosses teeth daily?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	Dental Health
20	Con của quý vị có thường có vẻ buồn hoặc chán nản không? *Child often seems sad or depressed?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	Mental Health
21	Con quý vị có ở hay chơi cùng bất kỳ người hút thuốc nào không? *Child spends time with anyone who smokes?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	Alcohol, Tobacco, Drug Use

22	Con quý vị ã bao giờ hút thuốc hoặc nhai thuốc lá hay chưa? *Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	
23	Quý vị có lo lắng về việc liệu con mình có thể ang sử dụng ma túy hoặc hít các dược chất như keo dán để có cảm giác hưng phấn hay không? *Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	
24	Quý vị có lo lắng về việc liệu con mình có thể ang dùng đồ uống chứa cồn chẳng hạn như bia, rượu vang, rượu pha nước trái cây hay rượu nặng hay không? *Concerned that child may be drinking alcohol?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	
25	Con quý vị có bạn bè hay thành viên trong gia đình có vấn đề về ma túy hoặc rượu hay không? *Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	
26	Con quý vị ã bắt đ u hẹn hò hay "đi chơi" với bạn trai hay bạn gái hay chưa? *Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	Sexual Issues
27	Quý vị có nghĩ rằng con mình có thể ã sinh hoạt tình dục hay không? *Thinks child might be sexually active?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	
28	Quý vị có bất kỳ thắc mắc hay lo lắng nào khác đến sức khỏe hoặc hành vi của con quý vị không? *Questions or concerns about child's health or behavior?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	Other Questions

Nếu có, vui lòng mô tả:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	
☐ Physical activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Mental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Alcohol, Tobacco, Drug Use	☐	☐	☐	☐	
☐ Sexual Issues	☐	☐	☐	☐	☐ **Patient Declined the SHA**

PCP's Signature:	Print Name:	Date:

SHA ANNUAL REVIEW

PCP's Signature:	Print Name:	Date:
PCP's Signature:	Print Name:	Date: